



Le refus de soins : une information spécifiquement adaptée par les praticiens

Corinne Daver

Avocate spécialisée en Droit de la Santé
Cabinet Fidal

Tour Prisma Paris La Défense, 4, 6 avenue d'Alsace 92982 Paris La Défense Cedex
corinne.daver@fidal.fr

Refuser : un droit

Refuser le soin, pour le patient c'est un droit, mais en dépit de l'absence par définition d'une prise en charge effective par le praticien ou de la simple poursuite des soins (en dehors d'un refus de poursuivre des soins à finalité curative en fin de vie qui relève d'une réglementation dédiée, les soins palliatifs étant généralement mis en œuvre), cela implique pour le médecin des obligations importantes..

Le droit de refuser « le soin » repose pour l'essentiel sur le respect inconditionnel de la dignité de la personne humaine : le « principe de dignité » rappelé régulièrement dans les Lois dites de « santé publique » est particulièrement important car il traduit, dans le cadre de cette relation patient/corps médical, quelle place notre société a décidé d'accorder au respect de la personne d'autrui et aux libertés fondamentales.

Le Conseil d'Etat a eu l'occasion de rappeler que le respect de la personne humaine fait partie des principes déontologiques fondamentaux qui s'imposent au médecin dans ses rapports avec son patient (CE 2 juillet 1993, Lebon 194, concl. Kessler), mais c'est surtout depuis les Lois dites bioéthiques de 1994 (loi n° 94-653 du 29 juillet 1994), que ce principe de primauté de son respect dorénavant posé par l'article 16 du Code civil, a pris toute son ampleur :

« La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie »

La sauvegarde de la dignité humaine contre toute forme de dégradation, d'asservissement a par suite été considérée en 1994, lors de la parution des dispositions dites de Bioéthiques en France, comme ayant une valeur constitutionnelle (Décision du 24 juillet 1994, n° 94, n° 343-344 DC consid. n° 2). Or, la personne malade, personne humaine, a droit au même respect. L'article L.1110- 2 du Code de la santé publique (issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002) en mentionnant que **« La personne malade a droit au respect de sa dignité »** se raccroche à cette évidence et traduit en termes de priorité le principe posé par l'article 16 du Code civil, si la Loi doit assurer la primauté de la personne, en pratique, chaque personne aura donc droit au respect de sa dignité, malade également.

« Il ne peut être [donc être] porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui » (art.16-3 Code civil).

Mais, même dans ce cas de figure décrit à l'article précité 16-3 du Code civil, cette « exception » ne sera envisageable que si la personne est d'accord. Naturellement, il existe des exceptions, mais la règle reste qu'aucun acte de soins, quelle qu'en soit la légitimité thérapeutique, ne peut donc être diligenté contre la volonté d'un patient : **« Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir »**, poursuit cet article 16-3 du Code civil.

En pratique, cela implique que le consentement de l'intéressé soit dès lors recueilli préalablement à la réalisation de tout acte médical, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. Seule la personne, es qualité de sujet de droit, peut consentir à une atteinte à ce qui relève de son intégrité physique ou morale.

L'expression d'un droit au refus qui repose sur une information préalable

Cette volonté ne pourra toutefois s'exprimer « valablement » que si « ce » patient a pu décider, prendre « sa » décision en ayant disposé préalablement de tous les éléments d'information nécessaire. L'acte de



soins devra dès lors, en toute logique juridique, reposer sur **une parfaite et complète information** des conditions de sa réalisation comme de ses suites, afin que la personne puisse décider ce qu'elle souhaite faire en parfaite connaissance de cause : telle est la finalité de la délivrance d'une information qui doit donc être impérativement claire, loyale et intelligible.

Cette information est nécessairement, par principe, obligatoire : non seulement l'information sur l'état de santé, mais également celle sur les « raisons » qui légitiment une intervention/prise en charge médicale :

- « **Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé** » (art. L.1111-2 CSP al.1^{er}) : il s'agit bien de la personne destinataire du soin et donc quelle que soit cette personne, le législateur a pris soin de préciser que si ce patient est mineur ou majeur représenté (al. 6 de cet article), il a également vocation à recevoir une information adaptée alors à ses facultés de discernement.

- « **Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment** » (art. L.1111-4 al 3. CSP) : seule une personne dûment et totalement informée pourra ensuite consentir, et donc en pratique « décider » de ce qu'elle veut, l'information constituant la première étape vers l'obtention d'un consentement éclairé (Cass. Civ. 1^{ère} 19 avril 1988, Bull. civ. n° 107).

La finalité de cette information et du consentement requis et son fondement rappelés, on comprend mieux pour quelles raisons, qu'il s'agisse de majeur comme mineur, cette obligation s'impose même si la personne est représentée, c'est le sens avant tout de l'article L.1111-2 CSP :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (...) Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle ».

De même, l'article L.1111-4 du CSP mentionne **« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».**

Même lorsque les textes précisent pour un patient en fin de vie (et que la question d'interrompre les actes médicaux ou de ne pas les initier se pose) qu'il existe une interrogation des « proches » au sens générique, leur accordant ainsi une place particulière, ces dispositions doivent permettre également de rechercher quelle était la volonté exprimée par un patient qui, par hypothèse, ne peut plus l'exprimer lui-même.

Pour les mêmes raisons, même si des directives anticipées ont pu être « récemment » établies par les soins d'un patient, le médecin devra se rapprocher de la personne de confiance, de la famille ou à défaut d'un des proches : **« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical »** (art. L.1111-4 CSP).

La finalité de ces textes reste toujours à notre avis la recherche de la volonté de la personne : en clair, a-t-elle éventuellement « changé d'avis » depuis qu'elle l'a exprimé par écrit...

Mais que dire lorsqu'il s'agit d'un refus de soins ?

Il existe évidemment un lien direct entre la qualité des informations fournies et la décision que le patient peut prendre : seuls, la qualité des informations prodiguées, leur contenu précis, en ce qu'ils ont permis au patient de pouvoir disposer de « tous » les éléments nécessaires à sa prise de décision, importent.



La difficulté demeure : comment apprécier « contenu » et évidemment « qualité » de l'information prodiguée ?

Nous savons que l'information doit être conforme aux données acquises de la science (Cass. Civ. 1^{ère} 21 janvier 2003, n° 00-18.229) et qu'elle doit également, mais nécessairement, permettre au patient de prendre « sa » décision : les informations données par le praticien doivent donc lui permettre de disposer de tous les éléments nécessaires.

La jurisprudence, le CNOM, les sociétés savantes nous apportent des précisions quant à ce contenu, de plus l'article L.1111-2 CSP dédié à l'information ajoute que : « Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé ». De telles recommandations existent (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_).

Une décision rendue récemment par une Cour d'appel nous fournit une excellente illustration non seulement de l'appréciation « au cas par cas » des conditions dans lesquelles un refus de soins peut être examiné, mais encore de l'importance de la qualité de cette information prodiguée, de son contenu et de sa forme.

Les faits concernent un patient qui a refusé la poursuite de soins. La question des diligences dues par le praticien est évoquée mais la Cour constate en ces termes qu'« Il n'est pas soutenu par M.C. que le docteur P. ait manqué à son devoir d'information ni que M.C. n'ait pas compris la portée des informations complètes qui lui ont été données que ce soit avant pendant ou après l'intervention chirurgicale (...) »

Il est établi que M. C. n'a donné aucune coordonnée de médecin traitant, ni lors de son admission à la clinique W ni lors de sa sortie contre avis médical. Il ressort du dossier que M.C. a signé la veille de sa sortie l'attestation reproduite ci-après :

« Je soussigné M.C., hospitalisé dans l'établissement, reconnaît avoir été informé que :
* **mon état de santé nécessite un maintien de mon séjour**
* **mon état de santé nécessite des soins**
Mais décide, en toute connaissance de cause :
* **de vouloir interrompre mon séjour**
Fait à ... le ... »

Lors de sa sortie contre avis médical (...), le docteur P. après avoir tenté de convaincre Monsieur C. de rester hospitalisé ou d'être transféré dans un autre établissement de soins, lui a remis directement tous les éléments médicaux relatifs à l'intervention chirurgicale et à ses suites, c'est-à-dire les résultats d'analyse démontrant l'existence d'un état infectieux, dont l'origine n'était pas encore identifiée, se traduisant par une hypothermie persistante. Il lui a remis également une ordonnance pour la poursuite du traitement antibiotique pendant 15 jours ».

L'établissement et le praticien ont été tous deux assignés. Le premier a été condamné. Le praticien ne l'a pas été. Cette décision est intéressante car elle illustre à travers les premiers éléments repris par la juridiction que l'information suppose pour elle, une recherche tout aussi importante de la portée des informations prodiguées, avant, pendant et après une intervention.

La responsabilité d'un professionnel de santé suite à un refus de soins ne sera pas été écartée « par principe » si ce dernier démontre que l'information a été clairement donnée, notamment s'agissant des conséquences, mais elle pourra l'être si le médecin établit en sus que cette information a été comprise par le patient.

Comment prouver la diligence ?

La preuve de cette information peut être faite par tous moyens (Cass. Civ. 1^{ère}, 14 oct. 1997, Bull. civ. n° 278). Sauf exception, rappelons que le consentement qui peut être considéré comme une « matérialisation » de la délivrance d'une information, marque surtout la clôture du process d'information mais suppose sa compréhension. Rappelons qu'il n'a pas à être a priori impérativement par écrit (Cass. Civ. 4 avril 1995, Bull. civ. I. n° 159) : ajoutons que la simple signature d'un document valant décharge ne peut suffire s'il ne s'agit que d'un document standardisé ne permettant aucunement d'établir effectivement que « Monsieur X. » ou « Madame Y. » a compris ce que cette absence de diligences médicales allait pouvoir impliquer, pour lui, ou pour elle (a ainsi été notamment jugé que la simple remise de brochures s'agissant de la composition de produits pharmaceutiques ne permettait pas de démontrer



que l'information « adaptée » aux besoins de ce patient avait été délivrée ; tout comme un document établi en « termes très généraux », CA Toulouse 25 oct. 2010, D. 2010, 292, note F. Vialla).

C'est notamment pour cette raison que l'attestation reproduite ci-dessus est intéressante mais insuffisante : elle ne peut permettre de justifier **à elle seule** la compréhension des informations reçues.

Nous savons à quel point cette obligation d'information est essentielle, a fortiori s'agissant d'un refus de soins, cette obligation est souvent le point de départ potentiel d'une dégradation, d'une aggravation de l'état de santé du patient... En pareilles circonstances plus que dans toutes autres, l'information doit être non seulement prodiguée, mais **tracée** dans son contenu ; les réactions précises du patient peuvent à cette occasion être intéressantes à consigner.

C'est ici que le magistrat en charge de l'examen de chaque litige appréciera « in concreto » si **ce** patient a été en mesure de comprendre les incidences de « sa » décision : le juge statuera fréquemment sur la base d'un ensemble d'éléments factuels qui lui permettront d'établir ou non un faisceau de présomptions en faveur de l'accomplissement effectif, ou non, des diligences requises (Cass. Civ. 4 janvier 2005, D. 2006, somm. 693 note Penneau).

Il peut ainsi être relevé dans les différentes décisions rendues par les magistrats, les conditions de programmation des différents rendez-vous ayant précédé la réalisation d'un acte interventionnel. Une programmation en pratique de plusieurs entretiens entrecoupés de délais de réflexion peut constituer un indice permettant d'établir que le temps de cette réflexion a été donné à escient afin que le patient puisse prendre « sa » décision (voir arrêt du 14 octobre 1997 précité ; Cass. Civ. 1^{ère} 28 oct. 2010, n° 09-13.090). Il pourrait ensuite être plus aisé d'établir que le patient a pu comprendre les conséquences de sa décision de refuser les soins ou d'interrompre leur poursuite, comme de poser les questions qu'il souhaitait dans ce laps de temps. Dans certains cas, ce délai est d'ailleurs imposé.

Exceptionnellement, le refus du patient ne sera pas opposable. Des exceptions qui confirment le principe

Nous l'avons rappelé, chaque patient a le droit de refuser des soins. Mais il existe des exceptions, les unes dictées par un intérêt « supérieur », les autres par celui, précisément, du patient. Il est des circonstances où l'intérêt supérieur de santé publique primera, d'autres où la personne ne peut être considérée comme en « capacité » de décider : dans de tels cas, des décisions de « soins » pourront lui être imposées. Ce n'est cependant que dans de très rares exceptions et, uniquement, pour des raisons qui sont directement liées à la nécessité d'assurer la sécurité de l'ordre public « supérieur » par nature, ou celle de la personne (ce qui suppose alors qu'elle ne puisse « pas » ou « plus » le faire seule), que des actes médicaux pourront être réalisés contre la volonté de cette personne.

Plus précisément, dans le premier cas, il pourra s'agir par exemple de l'hospitalisation sous contrainte telle que régie par les articles L.3211-1 s. et R. 3211-1 s. du CSP. Mais dans un tel contexte, où tant la décision d'entrer dans ce type de structures de soins, que l'ensemble des actes de soins, n'ont pas été, par définition, consentis, la réglementation sera nécessairement particulièrement stricte et imposera, par exemple, un contrôle régulier permettant de revoir systématiquement l'opportunité de demeurer dans ce cadre de l'hospitalisation sous contrainte.

Gardons à l'esprit que le principe reste la primauté de la personne, ne pas respecter sa première traduction en termes de libertés fondamentales de « décider », doit absolument rester une stricte exception.

Il en sera de même s'agissant toujours de la prise en compte d'un intérêt public supérieur, lors de décisions médicales « à prendre » afin de lutter ou d'éviter la propagation d'une épidémie ou d'une maladie transmissible, quitte à devoir imposer des actes thérapeutiques ou des mesures de contingentement à des patients, contre leur volonté (nous pouvons citer l'exemple des vaccinations « obligatoires », art. L.3111-1 et suivants ; du CSP ; ou encore l'exemple des mesures opposables dans le cadre de la lutte contre la propagation internationale des pathologies, art. L. 3115-1 et suivants du CSP).

Mais même dans de telles situations, la nécessité de respecter la dignité de la personne humaine et donc l'intégrité physique et morale d'une personne « sujet de droit », ne s'effacera pas pour autant. Ce principe essentiel est d'ailleurs rappelé dès la toute première disposition du code de la santé publique dédiée à l'hospitalisation psychiatrique : l'article L.3211-1 du CSP mentionne en effet qu'une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant celui de son représentant légal, « faire l'objet de soins psychiatriques », hormis les cas prévus par la réglementation qui sont, et doivent demeurer exceptionnels.

Dans le cadre de l'hospitalisation, en dehors de ce contexte spécifique, d'une personne qui est considérée comme n'étant pas en mesure de décider pour elle-même (et qui pourra d'ailleurs avoir opposé un refus aux soins), le praticien pourra délivrer les soins qui s'imposent, mais des conditions strictes sont imposées. Tel est le cas pour la personne inconsciente : « **Lorsque la personne est hors d'état**



d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches n'ait été consulté ».

Qu'en est-il de nouveau s'agissant des patients mineurs et majeurs représentés ? Même pour eux, qui ne sont pas considérés comme en capacité « juridique » de « décider » (et sont dès lors représentés légalement de plein droit ou par décision d'un juge), le médecin devra tout mettre en oeuvre pour rechercher leur consentement, et ce, systématiquement : en pratique, cela va impliquer d'adapter les informations et les conditions de communication avec le patient, en fonction de son âge et de ses facultés de discernement (art. L.1110-2 précité, mais également L.1111-4 al. 6 CSP) :

Le refus de soins opposé par le ou les représentants, ou l'absence d'accord entre les titulaires de l'autorité parentale, conduira le médecin à agir, dans tous les cas, en fonction du seul intérêt de la personne représentée, le juge restant présent afin de rappeler où est cet intérêt de la seule personne dont il s'agit : en l'occurrence, le patient.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

L'article 371-1 du Code civil mérite à cette occasion d'être rappelé : ***« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ».*** Effectivement, bien avant le médecin, les parents doivent également associer leur enfant aux décisions qu'ils vont devoir prendre mais dans son strict et exclusif intérêt. Leur obligation étant ici de le protéger dans sa santé... également.

Retenons que même si un « tiers » au patient doit dans ces deux cas décider, représentant légal, médecin, voire magistrat, il le fera nécessairement dans l'intérêt du malade, sauf exceptions strictement organisées, mais la personne qui recevra « le soin » devra pour autant recevoir une information adaptée, si cela est bien sur possible.

Lorsque le refus paraît...

Pour toutes ces raisons et en raison de ce fondement essentiel qui impose que rien ne soit mis en oeuvre, sauf exception, contre la volonté de la personne, **la volonté de refuser les soins devra être respectée.**

Informé implique d'expliquer ce qui se passe, comme ce qui va se passer dans le cadre des actes médicaux à initier (diagnostic, examens complémentaires, actes de soins...), mais également ce qui peut se passer « plus tard ». Informer doit placer le patient dans la situation de pouvoir consentir, mais cette information doit aussi le placer dans la situation, librement, de ne pas consentir. L'absence de consentement soit à la mise en place des soins, soit à leur poursuite peut être constitutif d'un refus de soins. Mais le médecin ne peut et ne doit se contenter d'un refus exprimé : il doit être certain que les informations prodiguées comme les conditions matérielles (et « humaines ») de prise de la décision de son patient, lui auront permis de prendre la décision qu'il souhaitait.

C'est le sens et la finalité de la rédaction de cet article L.1111-4 CSP dans ses 2 premiers alinéas : ***« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ».***

Le médecin fournit les informations, répond aux questions, apporte toute précision. Mais le patient peut souffrir, la souffrance peut clairement affecter les conditions de prise de décision... « Entouré », il peut aussi avoir à subir des pressions de ses proches (une hospitalisation trop longue par exemple peut avoir des incidences importantes pour les proches...) ; les contraintes sociales ne doivent pas non plus être occultées (telles que la nécessité de retourner travailler compte tenu des modalités de couverture « assurantielle » du patient, ou encore la peur de perdre son poste...), comme leur corollaire, les contraintes financières...

Il ne peut être occulté le fait que des facteurs étrangers à la relation qui s'est tissée avec « son » patient, peuvent affecter les conditions de prise de décision.



En parler est dès lors une nécessité car « (...) **il doit tout mettre en oeuvre pour [le] convaincre** ». « **Tout mettre en oeuvre** » commence par cette prise de conscience que la décision n'est peut être pas exclusivement liée à la qualité des informations médicales que le professionnel de santé prodiguera. Une appréciation « au cas par cas » s'impose nécessairement.

Si le refus persiste...

Le médecin pourra même faire appel à un « tiers » membre du corps médical qui peut permettre dans certains cas au patient de disposer d'un échange précieux avec un autre praticien. Il ne s'agit pas d'une obligation mais cela peut s'avérer dans certains cas indispensable à tout le moins de le proposer au patient. Sous ces réserves, le refus peut cependant être le résultat d'une réflexion murie, nourrie, caractérisant alors « ce » droit dont nous disposons tous de décider. Pour autant, respecter cette décision n'en demeurera pas moins très difficile pour le corps médical. Sentiment d'échec, crainte de voir le patient abandonner un traitement... auxquels se rajoute sans nul doute la certitude d'une issue à plus ou moins long terme qui peut alors être fatale... Les enjeux nés spécifiquement de cette décision de refus peuvent être paradoxalement plus lourds que ceux afférents à la réalisation effective d'actes de soins. Si ce processus est respecté, le praticien doit pour autant respecter la volonté du patient. Précisons que si le refus met la vie du patient en danger, l'art. L.1111-4 CSP ajoute que le médecin devra alors laisser un délai raisonnable de réflexion et délivrer, si le patient les accepte, les soins à finalité palliative (L.1110-10 CSP).

Alors en pratique ?

Le plus grand soin doit pour toutes ces raisons être apporté, lorsqu'il s'agit pour un patient de « quitter » la prise en charge médicale. En partant également de la « règle » qu'il peut changer d'avis, il est indispensable de lui permettre de « revenir aux soins » sans délai, ni difficulté au cours du traitement, jusque-là requis, ou qui s'impose, avant sa décision de refus.

De nouveau, la preuve des éléments d'information fournis pour permettre la reprise des soins et donc leur continuité, est requise. Ainsi donc, si le praticien est en mesure d'apporter ces éléments de preuve, il pourra ne pas voir sa responsabilité engagée, mais il ne peut en aucun cas se contenter de prendre acte du refus de son patient (Cass. Civ. 15 nov. 2005, Bull. civ. II, n° 418).

Mentionnons également qu'indépendamment de l'engagement de la responsabilité « médicale » du praticien, c'est du délit potentiel de non assistance à personne dont il peut être question (Cass. Crim. 6 mars 1981, Lebon 133). Aucun médecin n'a l'obligation pour autant de parvenir à convaincre son patient d'accepter les soins (CA Aix-en-Provence 21 déc. 2006, RCA 2007, n° 128, note Radé), chaque médecin en pareille situation, qui respecte la volonté de son patient, devra être cependant en mesure de prouver que « son » patient a pris « sa » décision en parfaite connaissance de cause.

Paradoxalement, alors que l'ensemble des dispositions qui réglementent la relation juridique patient/corps médical rappellent avec force et insistance combien cela ne doit regarder que « ce » patient avec « son » médecin, s'agissant de l'arrêt de soins, une attention, toute particulière doit certainement être portée sur l'entourage, première source à notre avis d'inquiétude, fondée le plus souvent d'ailleurs sur de l'incompréhension.

Mais attention cependant, car seul le patient peut effectivement accepter que des proches soient informés de sa situation « médicale » par le praticien. Pour autant, en considération des enjeux, cela peut constituer un premier point d'ancrage à l'acceptation par les proches de la décision du patient. Cette information peut permettre à l'entourage de se préparer potentiellement aux conséquences d'une telle décision, autant que faire se peut...

Bon nombre d'actions en responsabilité médicale ou à tout le moins de situations particulièrement conflictuelles suite au décès de proches en établissements comme en institutions médico-sociales, seraient sans doute évitées si la communication pouvait être ainsi initiée parallèlement à la gestion d'un refus de soins opposé par un patient. Mais rappelons que seul le patient peut l'accepter, et l'autoriser. Nul doute que si le patient est précisément et également informé des conséquences de sa décision pour son entourage, il pourra comprendre plus facilement l'importance de « leur » information ? Toutefois, de nouveau, le praticien devra conserver tout élément permettant de justifier que le patient l'a autorisé à communiquer avec son entourage, tout autant que sur la finalité de cette décision.

Prochain sujet... « Le refus du médecin, les limites d'une responsabilité ».